

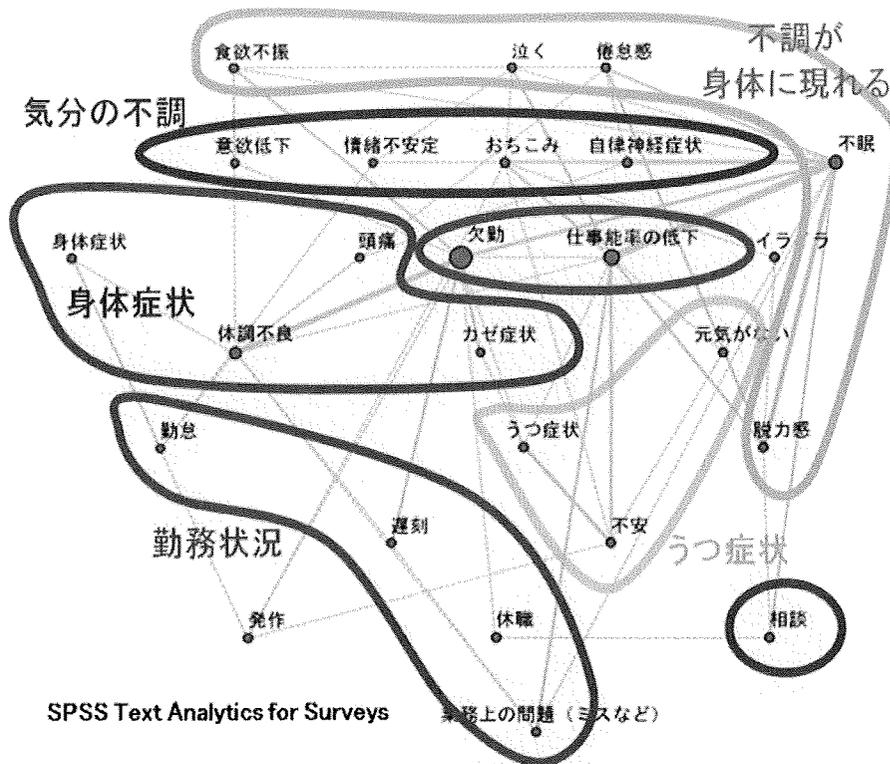
表8 典型例として回答された事例の最初の徴候と頻度

全198ケース 255項目

徴候	N	全項目のうち 占める割合 (%)
欠勤	62	24.3
仕事能率の低下	33	12.9
不眠	23	9.0
体調不良	16	6.3
おちこみ	7	2.7
(6項目) うつ症状・脱力感・不安・自律神経症状・相談・休職	6	2.4
(3項目) 発作・イライラ・業務上の問題 (ミスなど)	5	2.0
(6項目) 泣く・倦怠感・遅刻・身体症状・元気がない・ 食欲不振	4	1.6
勤怠	3	1.2
(5項目) 意欲低下・カゼ症状・様子がおかしい・頭痛・ 情緒不安定	2	0.8
(5項目) 体重減少・仕事量削減希望・交通事故・自信喪失・ 妄想	1	0.4

図3 典型例として回答された事例の最初の徴候頻度と関連性

○の大きさが大きいほど頻度が多く、同じ事例でみられた徴候が線で結ばれている。  
線の太さが太いほど同じ事例でみられたケースが多いことを示す。



SPSS Text Analytics for Surveys

図6 労働者対象調査より「あればよかったと思うサポート」

	外から見える変化	家族	産業医	同僚	上司	管理者	
予防的段階		疾患の知識に基づいたサポート					
					基本的態度(人として大事にされる、責任のある立場の人が責任をとる姿勢)		
			働きやすい環境作り		仕事の説明	適正配置(適性・業務量、マンパワー>残業、人間関係)	
			相談窓口(第3者の立場として)		相談窓口		
				疾患の知識、疾患と業務量の関係			
				業務分担する、できる体制			
本人がまだ不調に気付いていない段階	急に作業能力が落ちる、休みをとる、遅刻するなどみられることもある				業務の状態の把握	調査(残業の把握～残業の多い人に体調、気分のわるい人はいないか)	
				声かけ(「元気」であることを求めない声かけ)			
				物理的サポート、業務のフォロー			
					相談にのる姿勢	適正配置	
					気づき		
本人が不調に気付いた段階	外に向けて「不調」として発信する			声かけ			
				受容		調査(適性と人間関係)	
			必要に応じて精神科医・職場とのリエゾン		対応	適正配置	

資料 産業医・産業保健スタッフおよび労働者を対象とした質問紙調査票より得られた事例の中で、いわゆる「新型のうつ病」と判断される事例

#### 産業医・産業保健専門職者対象アンケート自由記載より

- もともとうつ病をもっていたが、自分がわるくなったのは、職場と自分の指導者のせいだと、ずっと訴えている。勤務したのは入社して、ほんの2～3週間で、その後、何回かセクションも変更し、本人の自由な意志で出勤など色々おこなってみたが、1日もたず帰宅し、その後、また長期に休むの繰り返しであった。しかし、本人はやめたくないと話し、人手のこともあり、やめてほしいと思う気持ちもあり、どうすればよいのか困った。結局1年半位、休職（1年間は給料・ボーナスを支払った）とし、退職となった。
- 病的ではあるが、性格的なものが原因でも有り、周囲に迷惑をかけている自覚が全くない。他人が全て自分に対してひどい扱いをしていると思い、訴えようとまで発言。家族も同様であり、以上に対応に苦しむ。
- 休職はスムーズだったが復職の時、元の職場には戻りたくないとの理由及び部署も帰ってきてほしくないとの意向で、復職場所がみつからなかった、本人も休日は元気に趣味や地域の仕事をしているが月曜日は不調となり休むことが多く新しい部署へ異動しても評価が悪く更に休みがちとなった。

#### 労働者対象アンケート自由記載より

- パワハラが原因であった為、私自身が降格・異動になったので直接加害者とは接しない部署になったが、やりがいがない、及び、経済的に厳しくなった（給料が下がった）。一方、加害者側はなんのおとがめもない。そして、また同様に私の後任者にパワハラをしている。幸い、その方は私ほどは心を痛まず、休職には至っていないがかなり苦しんでいる。また、この状況を黙認している会社の経営側に憤りを強く感じる。
- 本病気は自分では気づき難いものである為、周囲がサポート出来る体制が必要と思う。上司というものには部下を信じることを理想像と考えるが、質問攻めにして部下を疑いの念でみることは止めさせるべきである。自分が責任を取れないので、部下を責めて全てをやらされるということはどうかと思う。責められる側の気持ちを察して対応してもらいたいものだ。

三重県における“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状の研究（追補）

研究分担者 岡田 元宏 三重大学大学院医学系研究科 教授

#### 研究要旨

三重県内の精神科医師の“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病＝現代型抑うつ症候群）”に対する考え方や対応を、昨年度に引き続き調査した。従来型のメランコリー親和型うつ病に比べて、現代型抑うつ症候群は治療反応性や復職率、休職期間、再休職率の観点からも難治性であることが確認され、特に人格障害と発達障害を背景とした現代型抑うつ症候群に対する治療法・リハビリテーション法の開発が望まれることが示された。今後の課題としては、このような労働者と企業に対する現実的なストラテジー構築と、メンタルヘルスの現場に対する法律的整備・サポートである。

#### <研究協力者>

中川 雅紀

三重大学大学院医学系研究科

濱口 達也

熊野病院

#### A. 研究目的

近年、精神障害を原因とした病気休職者の増加が、企業活動へ大きな影響を及ぼしている。特に、抑うつ状態を呈する長期休職や復讐休職者の増加が著しい。比較的若い世代に認められる、復職困難性なうつ状態の多くは、うつ病中核群であるメランコリー親和型うつ病と比較すると、従来の精神科治療に対して抵抗性を示すと考えられている。薬物療法の効果も一般的に乏しいとされている。しかも、精神医学はこの新たな症状群に対して、明確な診断学的分類と合理的な治療法を確立できていない。

この現状をふまえ、“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表され

る、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”を「現代型抑うつ症候群」と称し、この現代型抑うつ症候群に対して、精神科医が診断・治療を如何に実施しているかを把握するため、三重県内の精神科医に対して調査を行った。今年度は、昨年度の調査で不足した設問を補うかたちで調査を行うこととした。

#### B. 研究の対象および方法

自記式の“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート（追補）」を作成した。三重県内の精神科を標榜する医療機関・その他施設等の精神科医にアンケート調査票を手渡し、もしくは郵送した。なお質問項目は表 1 のとおりである。回収されたアンケート調査票の集計を行った。

（アンケート調査期間）

平成 21 年 9 月 28 日～平成 21 年 10 月 23

目

(倫理面への配慮)

本研究は、三重大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を受けて実施した。研究対象者は三重県内の精神科医療機関で従事する精神科医とし、本研究の説明文と調査票を同封した。また必要に応じて研究の説明を行った。

## C. 研究結果

### 1. 現代型抑うつ症候群の診断

現代型抑うつ症候群患者を ICD-10 に当てはめた場合の診断は、大うつ病性障害(MD: 42%)、双極性感情障害(BPD: 21%)、非定型うつ病(AD: 17%)、人格障害(PD: 12%)、発達障害(DD: 8%)の順であった。

### 2. 現代型抑うつ症候群休職者の復職率

うつ状態を理由に休職に至った現代型抑うつ症候群症例の中で復職が可能であった症例の比率(復職率)は、MD: 69.8±4.5%、BPD: 63.2±5.4%、AD: 46.5±7.1%、PD: 34.4±5.3%、DD: 31.8±7.0%の順であった。Kruskal-Wallis one-way analysis of variance では、AD、PD、DD の復職率は MD よりも有意に低かった。

### 3. 現代型抑うつ症候群休職者の休職期間

現代型抑うつ症候群症例の中で復職が可能であった症例の休職期間は、PD: 43.9±19.5 月、DD: 31.8±7.8 月、BPD: 25.3±9.2 月、AD: 17.2±3.6 月、MD: 12.5±2.4 月の順であった。Kruskal-Wallis one-way analysis of variance では、PD、DD の休職期間は MD よりも有意に長かった。

### 4. 現代型抑うつ症候群休職者の再休職率

現代型抑うつ症候群症例の復職者が再休職した比率(再休職率)は、PD: 67.7±4.0%、DD: 63.8±4.7%、BPD: 57.6±4.4%、AD: 53.7±4.5%、MD: 40.2±4.1%の順であった。Kruskal-Wallis one-way analysis of

variance では、BPD、AD、PD、DD の再休職率は MD よりも有意に高かった。

### 5. 現代型抑うつ症候群休職者の休職期間と再休職率の関連性

Spearman's rank correlation coefficient では BPD、DD、AD では、休職期間と再休職率の有意な逆相関関係が検出された。

### 6. 現代型抑うつ症候群休職者への治療法

非薬物療法に関しては、コンセンサスが得られる結果は検出できなかった。

薬物療法に関しては、MD に対しては第一選択薬: SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) /SNRI (セロトニン・ノルエピネフリン再取り込み阻害薬: 74%)、第二選択薬: 三環系・四環系抗うつ薬(TCAs: 42%)とマイナートランキライザー(MTs: 22%)であった。AD も同様に、第一選択薬: SSRI/SNRI (76%)であったが、第二選択薬は、MTs (20%)、TCAs (18%)、情動安定化薬 (MSs: 14%)と一貫した傾向はなかった。BPD に対しては、第一選択薬 MSs (72%)、第二選択薬: 非定型抗精神病薬(AAPs: 46%)であった。しかし、PD、DD への薬物療法に対してはコンセンサスが得られなかった。

## D. 考察

昨年度の調査報告をふまえ、新たなアンケート調査を行い、三重県内の精神科医療機関の“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態(現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメラニコリー型とは異なるタイプのうつ病)”に対する現状・考え方・治療・対応を解析した。

現代型抑うつ症候群は、うつ病中核群であるメラニコリー親和型うつ病と比較し、復職率・休職期間・再休職率が悪く、昨年アンケート結果と同様の結果が得られた。特に、BPD、DD、AD を背景とした現代型

抑うつ症候群では、休職期間と再休職率の有意な逆相関関係が検出され、休職期間が長い場合、たとえ復職できたとしても、再休職に至る可能性が高く、再発・再燃防止を怠れない厳しい現実が明らかになった。

非薬物療法においては、メランコリー親和型とは異なり確固とした治療法やリハビリテーション法が確立していない状況が確認できた。また MD、BPD、AD を背景とした現代型抑うつ症候群に対する薬物療法は比較的コンセンサスが確立されていたが、PD、DD を背景とした現代型抑うつ症候群ではコンセンサスが得られた薬物療法が検出できなかった。これらの結果は、現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病＝現代型抑うつ症候群は、従来の診断基準（DSM-IV-TR・ICD-10）に従った場合、大うつ病性障害に分類されるものの、これら障害の背景（共存症として、あるいは初診時の確定診断は不十分であるが将来的に PD、DD、BPD の診断に至る可能性が高い状態像）に対する、薬物療法・精神療法・リハビリテーション療法の有効性と限界に関する研究・施策の推進が重要となることを示唆している。特に PD と DD はこれまでの精神医学が十分に対応できていない領域であり、その克服方略は重要である。

医師に課せられた個人情報守秘義務と上司の安全配慮義務における葛藤状況については、三重県内の精神科医は意見が分かれた。すなわち守秘義務原理主義的な立場と守秘義務が重要なのは当然であるが必要時には、情報交換を容認しても良いのではないかとする立場である。いずれの立場にせよ、主治医は本人の同意を得ようと努力しその中で葛藤を感じているものと推察される。医療においては待ったなしで一瞬一

瞬の判断を求められ、じっくり検討しては危機的状況に対し手遅れになることもある。こういった状況に対する法律的な裏付けが一刻も早く望まれる所以である。法律の理想と法体系の一貫性を重視するあまり、現場を悩ませることになってはならない。平成 21 年 3 月改訂の“心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き”では、労働者・主治医・家族・管理監督者・産業保健スタッフ等の情報交換・連携の重要性が述べられている。法は現実社会を支援する手段に過ぎないのだから、司法・立法の柔軟な運用また迅速な立法化が望まれる。

#### E. 結論と提言

“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する、三重県内の精神科医療機関の認識、取り組みの現状を昨年度に引き続き調査し、今後の課題を検討した。

自殺対策から作成された、うつ病パンフレットはメランコリー親和型うつ病を想定し作成されたものであり、メランコリー親和型うつ病の啓発には大きな役割を果たしてきた。しかし、近年、増加傾向にある新しい抑うつ症候群（現代型抑うつ症候群）に対しては、むしろ悪影響を及ぼしている可能性さえ否定できない。抑うつ状態の存在を早期に発見し、適切な医療機関との連携を推進する方向性自体は重要ではある。しかし、その専門医療機関の精神科医が、現有の診断方法・治療法では、職場への適応性の再獲得が難しいと実感し苦悩している実情は、一般社会の認識とは大きな隔りがある。この隔たりを如何に補正すべきなのか、いずれ答えを迫られるのではない

か。

自殺対策から作成されたうつ病パンフレットの職域メンタルヘルスへの安易な導入は、うつ病が一定期間の休職・治療によって治る（治癒・完全寛解）疾病であると盲目的に信じ込ませている。一定期間の病気休職によって治ると信じている同僚と産業保健職員の労務不可を強要する根拠となっているが、病気休職期間の延長と再休職の繰り返しは、最終的に同僚と産業保健職員疲弊を誘導し、周囲への二次的な抑うつ状態を誘発する可能性さえ否定できない。特に、AD、DDでは休職期間と再休職率の逆相関関係が検出されており、安易な休職の導入と休職期間の延長が、予後をさらに不良化している可能性もある。

精神医学的には、感情障害治療の大前提として、抑うつ症状の50%が改善(50%改善率)することが、主要パラメーターとなっているが、この50%改善率は日常生活能力の再獲得が可能な程度であり、職務遂行能力の再獲得には完全寛解が不可欠となる。即ち、現有の抗うつ薬は、職域メンタルヘルス分野における“現代型抑うつ症候群”に対しては、十分な治療手段となりえるか否かも十分に検証されていない治療法であることになる。現有の抗うつ薬の職域メンタルヘルスにおける有効性の再検証、そして新たな治療法開発には、かなりの時間を要する。即ち、現状の職域メンタルヘルスで最も急務な対応は、抑うつ状態を抱えるヒトと企業組織の共存を具体化する戦略ではないだろうか。

最後に、今回の調査にご協力をいただきました三重県内の精神科医の皆様には厚くお礼を申し上げます。

#### F. 健康危険情報

なし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

濱口達也・中川雅紀・元村英史・城山隆・岡田元宏：三重県における“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート調査，第168回東海精神神経学会，津市，2010年2月20日

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### I. 文献

1) 横山和仁：平成20年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括・分担研究報告書「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究，2009

2) 厚生労働省：平成21年3月改訂「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き

3) 中村純：職場におけるメンタルヘルス対策における精神科医の役割，精神科，7（6）；522-524，2005

(資料)調査票

表1 「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する研究」(2009)

“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態(現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病)”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート(追補)

昨年度に行ったメンタルヘルス研究のアンケート結果から、“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態”を従来の診断に当てはめた場合、回答者によって異なる疾患を想定している状況が明らかとなりました。想定疾患として、双極性障害・人格障害・発達障害・非定型うつ病(狭義)であったことから、調査をさらに深めるため、今年度追加アンケートを実施させて頂くことになりました。今年度は、治療法のより具体的な内容という視点からの調査となっております。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

## I 診断と治療について

設問1 先生御自身についてお伺いします。

- (1) 精神科医としての活動年数をお教え下さい。 \_\_\_\_\_年
- (2) 年齢 \_\_\_\_\_歳
- (3) 性別 男性・女性
- (4) 所属 1 クリニック・診療所、2 単科精神病院、3 総合病院精神科、4 大学、5 その他
- (5) 産業医としての御経験はありますか。 あり・なし
- (6) よろしければ先生の御名前もご記入していただければ幸いです。 \_\_\_\_\_

設問2 “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態”についてお伺いします。  
(添付した表を参考にお答えください。)

- ・ 疾患(概念)単位でみた場合、以下の疾患(概念)の占める割合はそれぞれ何%程度でしょうか。
- ・ 復職(軽減業務なし)となる率は各疾患(概念)につき、それぞれ何%程度でしょうか。
- ・ 初診から実際に復職(軽減業務なし)となるまでの治療期間はどの程度でしょうか。
- ・ 復職可能(軽減業務あり)となった患者が、再び休職してしまう比率は何%程度でしょうか。復職可能(軽減業務あり)となった患者を100%として記入して下さい。

		比率	復職率	治療期間(月)	再休職率
現代型 抑うつ 症候群	1.メランコリー親和型うつ病				
	2.双極性障害・bipolar spectrum				
	3.人格障害				
	4.発達障害				
	5.非定型うつ病				
	6.その他( )				
	合計	100%			

設問3 “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態”の治療に関してお伺いします。  
(最終ページの回答例を参考にお答えください。)

- (1) 薬物療法と非薬物療法において、各治療法に対するご意見をお伺いします。  
 ・各疾患に対して、それぞれの治療法の優先順位をお答えください。  
 ・点線の右側に有効とお考えのものには○、有害とお考えのものには×をつけて下さい。

	現代型抑うつ症候群									
	メランコリー親和型		双極性障害		人格障害		発達障害		非定型うつ病	
	順位	効果	順位	効果	順位	効果	順位	効果	順位	効果
1.SSRI・SNRI										
2.三・四環系抗うつ薬										
3.情動安定化薬										
4.非定型抗精神病薬										
5.抗不安薬										

・コメントと有害理由を記載して下さい

	現代型抑うつ症候群									
	メランコリー親和型		双極性障害		人格障害		発達障害		非定型うつ病	
	順位	効果	順位	効果	順位	効果	順位	効果	順位	効果
1.休養										
2.精神療法										
3.認知行動療法										
4.デイケア (復職プログラム)										
5.家族療法										

・コメントと有害理由を記載して下さい

- (2) 薬物療法と非薬物療法ではどちらが効果があると感じますか。  
 1 薬物療法 ( ) 2 非薬物療法 ( ) 3 どちらも効果がない ( )
- (3) 薬物療法と非薬物療法を組み合わせた場合、薬物療法と非薬物療法ではどちらが効果があると感じますか。  
 1 薬物療法 ( ) 2 非薬物療法 ( ) 3 どちらも効果がない ( )

## II 復職支援について

設問 9 上司、治療者、家族、健康管理スタッフとの連携にあたり、情報交換について本人の同意が得られない場合は、安全配慮義務と守秘義務の観点からどうされていますか。どうすべきか等の御意見でも結構です。

御協力ありがとうございました。

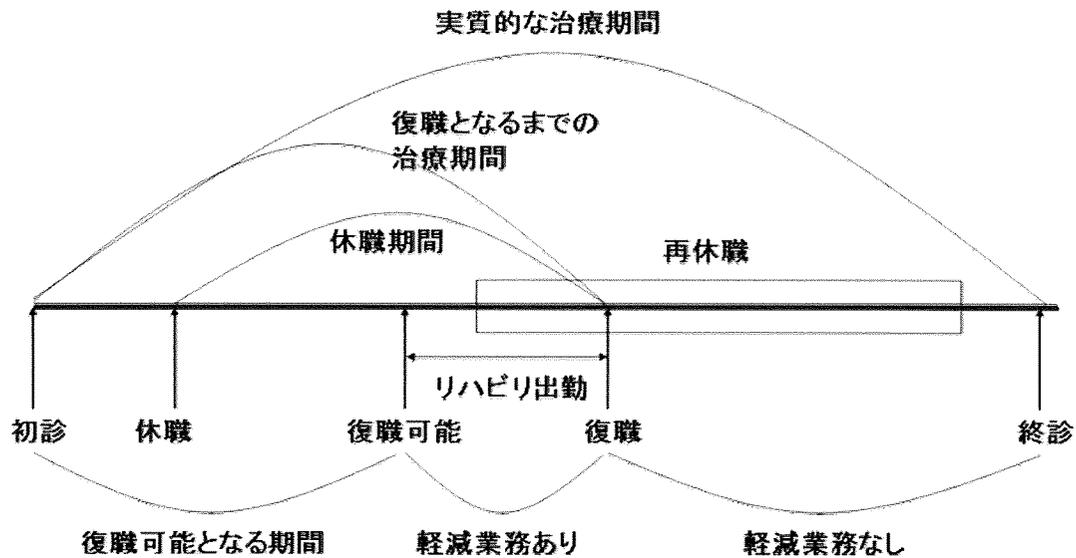


表2 薬物療法のコメントと有害理由

### 双極性障害の抗うつ薬について

- 双極性の場合、バルプロ酸と少量の抗うつ薬を用いる。
- 双極性障害に対しては、躁転や activation syndrome の心配があるのでなるべく抗うつ剤は使わないようにしているが、情動安定化薬と少量の抗うつ剤でコントロール良好の例もある。
- 躁転のおそれ
- 双極性障害のうつに対して抗うつ薬は有害。
- bipolar に三環系・四環系は躁転のリスクが大きい。
- 双極性障害で SSRI は最後のうつの選択としている。
- 双極性障害には抗うつ剤 (SSRI、SNRI 含む) の躁転。
- 双極性障害については、抗うつ薬は躁転やラピッドサイクリング化に注意が必要
- 躁転や病的体験の活発化。

### Activation syndrome

- SSRI は人格障害につかうと衝動性がたかまりつかれにくい。
- 抗うつ薬の activation syndrome あるいは躁転により、焦燥・易怒性・過活動が増え、行動化が増えてしまうため。
- 抗うつ薬のアクチベーション。
- activation syndrome とみたらいいのか、他人に対する攻撃性がみられるようになった。
- 人格障害で SSRI は有効な例もあるが、アクチベーションをきたすこともある。
- 三環・四環系抗うつ薬は躁転、acting out のおそれあり使用しない。
- 人格障害については、抗うつ薬による衝動性↑に注意が必要。

### 抗不安薬

- 人格障害、発達障害において、抗不安薬の効果は？でも患者はほしがること多い。
- 人格障害では抗不安薬のみで経過を見た方が良いと思う。
- 抗不安薬は依存性あるも副作用少なくつかっている。
- 治療初期に、抗不安薬を一時的に短期間使用することがありますが、その後なかなか中断出来なくなっているケースも多い。
- 抗不安薬は、依存性・耐性・脱抑制・乱用に注意が必要 (有効ではあるものの)。

## 薬物治療論

- メランコリー親和型、双極性障害、人格障害、発達障害の1位はドグマチール。
- 非定型うつ病の中に、非定型抗精神病薬がよく効く一群があるような気がする。最近ではSSRIの処方減らしています。
- メランコリー親和型はSSRI・SNRIが1位と考えますが、実際には中止となることが多い。
- 非定型うつ病と発達障害については、症例が1,2例なのでよく知りませんが、発達障害と思われる人が困難な状況で衝動的に暴力行為に及びその後自信喪失で抑うつ的となった方は、情動安定化薬と少量のSSRIでコントロール良好となっています。過眠、過食の非定型の人はSSRIで軽快しています。
- SSRI、SNRIは使用初期に胃腸障害が出現することが多いので、胃腸薬を併用することが多い。SSRIで昼間の眠気が強い場合はリタリンを短期間投与している。
- 重症なメランコリー親和型うつ病には三環系抗うつ薬（特にイミプラミンとアミトリプチリン）がSSRI・SNRIより有効と考えている。特に三環系抗うつ薬の副作用である眠気を利用して、眠前1回投与は抗うつ効果をのみならず、十分な睡眠と休養を与えることになり一石二鳥と考える。

## その他

- 薬剤の選択は疾患単位ではなく、症状ごとに行っていますので回答不能です。
- 発達障害、非定型うつについては症例が少ない。
- 非定型うつ病をはじめ、現代型のうつ病の場合は治療者がその病像の何処に焦点をおいて見るかによって治療効果の判断が変わってくると思う。
- 双極性障害は、情動安定化薬の発達により以前よりは制御し易くなったが、まだまだ不十分である。
- 症状、状態像に応じて使い分ける。人格障害、非定型うつ病では薬物療法に頼りすぎないこと。発達障害はあまり診ていません。

表3 非薬物療法のコメントと有害理由

## 休養

- 人格障害を伴う場合を除いては、休養とサポートで充分であろう。家族については、病気の理解だけで良からう。（復職プログラムについて）職場によりプログラムを作成している場合は、できるだけそれに従う。
- ストレスを減らすことは抑うつには有効。一部に仕事を休むとよけいに考えすぎて悪くする人もいる。
- メランコリーは休養がいい、人格障害では休養していても効果は乏しい。
- うつ病の治療には、薬物療法の次に必要なことは、できるだけ休養をとることです。睡眠障害のある人が多いので、昼寝をしないで生活リズムを正しくするように指導しています。

## 治療論

- 発達障害の場合、復職プログラムで直面化をはかると混乱して攻撃的になったりこじれる場合があります。また集団でトラブルになることがあります。非定型うつ病の場合、休養やリハビリ期間が長引いていくことが多々あります（回避的）。
- いずれのアプローチも有効と思います。デイケア（復職プログラム）は、ケースバイケースにプログラムを組まなければ有害。
- 1～5の治療は発達障害をのぞき、どの疾患でも有効性は期待できる。発達障害では知能レベルにより、精神療法や認知療法は不向きなことがあり得る、有害とまではいえない。
- 現代型抑うつ症候群の大部分は、発達障害に入れられるほど発達していないわけでもなく、人格障害に入れられるほど人格の異常があるわけでもない社会人として未熟な人のように思われます。大学は出ているけど、我まま思い通りにならないとヒステリー行動を起こし、会社などにおける集団生活ができない人がその例です。このような人は、家族から離れ実社会に出る前に生活の基本的な訓練を行うことが必要ではないかと考えています。

### わからない、症例が少ない、その他

- （薬剤の選択は疾患単位ではなく、症状ごとに行っていますので回答不能です）上記と同じ理由で回答不能です。
- （発達障害、非定型うつについては症例が少ない。）同上。
- プログラムにのっとった、きちんとした治療は行われていませんが・・・。
- 3、4についてはあまり経験がないので、よくわかりません。
- デイケアと家族療法はしていません。
- ケースバイケースでなんとも言えない。
- 3～5は現在の職場では十分に行えない。
- 方法によってすばらしい結果もですが忍耐のいることが多すぎて、治療者が疲れてしまいます。

表4 情報交換に対する意見

### 守秘義務優先—12人

- 基本的に守秘義務を尊重します。
- 本人の同意が得られなければ、守秘義務を優先する。
- 守秘義務を優先し、職場の上司には会わないことにしている。
- 本人の同意が得られない場合は何もできない。
- 本人の同意が得られないのであれば、その本人の気持ちを侵してまでも上司等と情報交換するべきではないと考えます。
- 原則として本人の守秘義務を優先し、本人以外からの話は情報収集にとどめるのがよいと考えます。
- 守秘義務を優先している。
- 同意が得られない場合は情報交換できない。
- 本人の同意の得られないケースはあまり経験していませんが、同意がなければ守秘義務でやむをえないと思いますが。
- 守秘義務。
- 本人の意志を優先します（本人が会って欲しくないと言う人には会わない。）。
- 守秘義務を第一に考えております。

### 危機時は守秘義務を制限する—7人

- 守秘義務は尊重すべきであるが職場での問題が続きこのままでは本人にとってマイナスになると予測される場合は、本人の同意がなくても家族や上司や産業医と連絡をとり対策を相談する必要がある。
- 自殺の可能性が高い場合などには、危機介入をすべきでしょう。
- 最低限の安全配慮義務は優先する事を患者に伝えて、安全に関わると判断する情報についてはスタッフと情報交換を行います。
- 本人の同意が得られない情報は家族にも知らせません。ただし、自殺や他害の危険がある場合のみ「安全を優先して他者に知らせる」とカルテに明示した上で、本人の同意がなくても知らせます。
- 原則守秘義務が優先すると考えます。但し、緊急避難的介入が必要な時はその限りではないと考えております。
- 生命その他に切迫した危険がある場合を除き守秘義務を優先します。
- 本人の同意が得られない場合は、原則として関係者との情報交換を行わない。ただし、本人および周囲の人に危害が加えられる可能性がある場合は、密な情報交換を行い、警察にも協力を依頼する。

### 同意、情報交換の努力—8人

- 本人の同意がどうしても得られない場合、安全配慮のレベルにより比較検討すべきで一般論では論じられない。
- これまでそのような事例がありません。そういう人は退職と早々と決めているのでしょうか？もしこのようなケースでは、しっかりMTし、本人に同意してもらう以外方法がないのでしょうか。
- 家族の方と十分相談して、プライバシーに配慮しつつ職場などと相談できればと思います。
- 産業医との協力、家族のサポートが重要であり本人へもそのことを理解させる。「うつ」については皆あまり気にしないのではないかと（守秘の点で）。
- 十分説得した上で、同意が得られた範囲で情報交換しています。
- どこまでなら情報を伝えてよいかを本人と話し合いながら、連携しています。
- 同意が取れない場合は、その旨を伝えて、理由を「それとなく」察してもらいます。ただ基本的には、あらかじめ「治療

のためには情報交換が必要（望ましい）」といった旨を説明して、理解してもらいます。（同意が取れなかったことは基本的にはありません）。個人的には、「非定型」である旨なども情報交換できた方が、結果としてうまくいって本人のためにもなると思っています。

○本人の同意が得られないことがないので分かりませんが、どうしても同意が得られない時は、自分の知りたい情報だけを聞くように、患者本人に「〇〇についてだけ上司の方に聞いてもいいですか？」と尋ねると思います。逆に本人の同意なしに勝手に上司が来られた場合がありますが、その際はお断りしています。後日本人に了承を得て話をしています。

## その他—5人

○本人の同意が得られなければ、「本人の同意がないので、守秘義務がありますので何も話せません」と話し、本人の責任にしてこちらは逃げます。

○本人の同意えられない場合は復職困難で退職・転職となることが多い（会社とトラブルになっていることが多い）。家族の場合は守秘義務はないと考えている（一般的な場合）。

○できるだけ本人の同意をもらうようにすべきだが、家族の同意があれば職場への情報提供を行う場合あり。

○上あげた例についてはこの問題はない。

○まず家族と相談して、家族から本人に話をして頂くことが必要と思います。また職場の上司と連絡をとって本人の状態を説明し、復職について情報交換をすることが必要と考えます。

非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点と  
その対策に関する調査・研究

研究分担者 竹村 洋典 三重大学大学院医学系研究科家庭医療学 教授

**研究要旨**

日本における労働者のメンタルヘルス不調への対処が病院や診療所の非精神科医によって十分に実施できているとはいえない。その理由を探索して、それに対する実効性のある対処方法を見出すことが本研究の目的である。昨年度は全国の病院と診療所の非精神科医にて、各々フォーカス・グループ・インタビューを行い、労働者のメンタルヘルス不調を把握できない原因とその対象方法を質的アプローチによって明らかにした。今年度は695人（有効率67.6%）の非精神科医に、質的に明らかにされたメンタルヘルス不調を把握できない各々の理由がどの程度そう思うか、また、明らかになった対処方法がどの程度実施可能であるか、5段階のリカートスケールを付して調査した。

その結果、非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因と考えているのは、メンタルヘルス不調についての知識は乏しいこと、診療に時間がかかる、または時間に見合うだけの収入がないことを原因と考えていることが分かった。また、事業所側の問題も理由として重要と考えているようであった。精神科医との連携に関しては、大きな問題とはなっていないようであった。

一方、メンタルヘルス不調に対する対処方法で、実施可能と考えているのが多いのは、非精神科医自身のメンタルヘルス対処能力を向上することが多くあげられていた。また、労働者向けのメンタルヘルスに関するパンフレットを作成するのは、最も実施可能な対処方法と考えているようであった。逆に制度を改革することや事業所との連携の仕組みづくりには悲観的であることが明らかになった。

<研究協力者>

横谷 省治

三重大学医学部附属病院総合診療科

堀端 謙

三重大学医学部附属病院総合診療科

飛松 正樹

三重大学大学院医学系研究科家庭医療学

後藤 道子

三重大学大学院医学系研究科家庭医療学

山本 政和

三重大学大学院医学系研究科家庭医療学

A. 本研究の目的

日本における労働者周辺の社会的環境は厳しさを増し、それにつれてストレス関連疾患の有病率が増加してきている（横山ら）。しかし、地域の病院や診療所の非精神科医による労働者のメンタルヘルスの把握が不十分な状態である。それゆえにメンタルヘルス不調に対する対処も十分に行われているとはいいがたい。

日本の非精神科医による労働者のメンタルヘルス不調がなぜ十分に把握されないのか、その問題点と実行可能な対処方法について平成21年度までに明らかにして、それに基づいて平成22年度には、具体的な介入を実施し、もって日本の家庭医による労働者のメンタルヘルス不調の早期発見とそれに対する対処を可能にすることがこの研究の目的である。平成20年度は、その

理由と実行可能な対処方法を市中病院内科勤務医や診療所の非精神科医の対象にフォーカスインタビューを実施して質的にこれらを明らかにした。平成21年度はアンケート調査による量的なアプローチによって、質的調査で明らかとなった理由についてはどれほどそう思うか、また対処方法についてはどれほど実施可能と思うかを明らかにすることが目的となる。

## B. 方法

全国の1,028人の非精神科医を対象に、インターネットを使用してアンケート調査を実施した。有効回答数は695人（有効率67.6%）であった。

質問項目は、平成20年度の質的研究によって得られた

(1) 非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因と考えられる31項目

(2) 非精神科医師がメンタルヘルス不調に対処する対処方法26項目

である。上記(1)の項目については「そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」の5段階のリカートスケール、

(2)の項目については「実行は容易である」「実行はやや容易である」「どちらともいえない」「実行はやや困難である」

「実行は困難である」の5段階のリカートスケールを付して回答を依頼した。

(倫理面への配慮)

三重大学研究倫理委員会にて承認を得た(No.981)。

## C. 結果

対象の年齢、性別、勤務している医療機関、主たる診療科、および勤務している医療機関の所在地は別表のとおりである。中

堅の男性医師が多く、大学病院以外の病院や診療所で勤務している医師が多い。診療科では一般内科、家庭医療、総合診療などを行っている一般・総合系の医師が圧倒的に多かった。勤務地の分布はほぼ人口に比例した分布となっていた。

非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因と考えているのは、メンタルヘルス不調についての知識は乏しいとの意見と同程度に、診療に時間がかかる、または時間に見合うだけの収入がないことを原因と考えていることが分かった。また、中小企業の場合は、メンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい、事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい、など事業所側の問題も理由として重要と考えているようであった。精神科医との連携に関しては、大きな問題とはなっていないようであった。

一方、メンタルヘルス不調に対する対処方法で、実施可能と考えているのが多いのは、非精神科医自身のメンタルヘルス対処能力を向上することが多くあげられていた。教育研修に対処方法を組み込むことも実行可能な意見が多かった。精神科医と知り合う機会も重視されていた。また、労働者向けのメンタルヘルスに関するパンフレットを作成するのは、最も実施可能な対処方法と考えているようであった。逆に制度を改革することや事業所との連携の仕組みづくりには悲観的であることが明らかになった。

## D. 今後の予定

来年度は、この結果を踏まえて、非精神科医が労働者のメンタルヘルス不調に対処できるような方法を具体的にとってみることとなる。非精神科医個人のメンタルヘルス不調への対処能力の向上が必要でかつ、実施可能と考えられるので、非精神科医師

向けのメンタルヘルス不調者への対処方法の教育・研修などの開発が必要となるであろう。

E. 健康危険情報

なし。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

### 1. 年齢

	度数	%
TOTAL	695	100.0
20 歳代	0	0.0
30 歳代	64	9.2
40 歳代	291	41.9
50 歳代	289	41.6
60 歳以上	51	7.3

### 2. 性別

	度数	%
TOTAL	695	100.0
男性	643	92.5
女性	52	7.5

### 3. 勤務している医療機関

	度数	%
TOTAL	695	100.0
大学病院	27	3.9
大学病院以外の病院	295	42.4
医院・診療所・クリニック	371	53.4
その他	2	0.3

### 4. 主たる診療科

	度数	%
TOTAL	695	100.0
一般・総合系(一般内科、家庭医療、総合診療、地域医療など)	614	88.3
消化器内科	26	3.7
循環器内科	13	1.9
呼吸器内科	5	0.7
感染症科	2	0.3
内分泌内科	0	0.0
代謝内科	0	0.0
糖尿病科	10	1.4
血液内科	3	0.4
腫瘍内科	1	0.1
腎臓内科	3	0.4

神経内科	3	0.4
膠原病科	2	0.3
アレルギー科	0	0.0
心療内科	2	0.3
老年科	1	0.1
リハビリテーション科	1	0.1
小児科	2	0.3
その他 具体的に:	7	1.0

#### 5. 勤務している医療機関の所在地

	度数	%
TOTAL	695	100.0
北海道	45	6.5
青森県	9	1.3
岩手県	4	0.6
宮城県	10	1.4
秋田県	5	0.7
山形県	3	0.4
福島県	6	0.9
茨城県	9	1.3
栃木県	4	0.6
群馬県	15	2.2
埼玉県	24	3.5
千葉県	19	2.7
東京都	76	10.9
神奈川県	25	3.6
新潟県	18	2.6
富山県	6	0.9
石川県	8	1.2
福井県	3	0.4
山梨県	5	0.7
長野県	20	2.9
岐阜県	12	1.7
静岡県	12	1.7
愛知県	31	4.5
三重県	12	1.7
滋賀県	7	1.0

京都府	24	3.5
大阪府	71	10.2
兵庫県	34	4.9
奈良県	9	1.3
和歌山県	8	1.2
鳥取県	2	0.3
島根県	4	0.6
岡山県	24	3.5
広島県	18	2.6
山口県	7	1.0
徳島県	7	1.0
香川県	7	1.0
愛媛県	12	1.7
高知県	8	1.2
福岡県	22	3.2
佐賀県	7	1.0
長崎県	7	1.0
熊本県	13	1.9
大分県	7	1.0
宮崎県	8	1.2
鹿児島県	5	0.7
沖縄県	3	0.4

6. 非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対処できない原因と考えられる項目が挙げてあります。

「そう思う」から「そう思わない」までの5つの選択肢のうち、もっとも合っていると考えられるものをお選びください。

(度数, %)

	n(TOTAL)	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまりそう 思わない	そう 思わない
非精神科医師のメンタルヘルス不調についての知識が乏しい	695 100.0	219 31.5	337 48.5	96 13.8	34 4.9	9 1.3
患者の表情や身体的訴えからメンタルヘルス不調の存在を察知できない	695 100.0	87 12.5	281 40.4	187 26.9	126 18.1	14 2.0